

La stipsi nell'anziano

Maria Cristina Neri

Responsabile Ambulatorio di Gastroenterologia, Istituto Geriatrico "Pio Albergo Trivulzio", Milano

Introduzione

Per stipsi cronica si intende un disordine sintomatologico caratterizzato da una defecazione non soddisfacente, con evacuazioni poco frequenti e/o con difficile espulsione delle feci per almeno tre mesi in un anno¹. La stipsi ha una prevalenza del 16% negli adulti, più frequente nelle donne (F:M = 2:1), aumenta con l'età, sebbene non rappresenti una conseguenza fisiologica dell'invecchiamento, ~33% nei pazienti > 60 anni, fino all'80% nelle comunità geriatriche². Queste percentuali sono

comunque sottostimate: infatti solo un terzo dei pazienti stitici si rivolge al medico (50% al medico di medicina generale, 14% al gastroenterologo), la maggior parte si autogestisce, spesso con prodotti da banco o integratori.

La stipsi è gravata da un'alta spesa sanitaria, sia in termini di test diagnostici e farmaci, che per le complicanze, più frequenti in età geriatrica, che richiedono spesso ospedalizzazione; in Inghilterra dal 2013 al 2014 sono stati effettuati 63.272 ricoveri per stipsi, pari a 159.997 giorni di ricovero, con una spesa di circa 375 €/die; dati simili

per Francia, Italia e Germania². In una RSA milanese, il 5% della retta giornaliera viene utilizzato per terapia lassativa, assistenza e cure igieniche di pazienti anziani e degli ausili utilizzati.

Fisiopatologia

Si conosce una forma di stipsi primaria e una secondaria².

La forma primaria (idiopatica o funzionale) è classificata in tre sottotipi, spesso sovrapposti:

1. **stipsi con transito normale**, variante più frequente;

FIGURA 1.
Cause di stipsi secondaria.



2. **stipsi con transito rallentato**, con ridotta capacità propulsiva del colon, la cui patogenesi (miopatia? neuropatia? connettivopatia?) non è completamente conosciuta; negli anziani sono presenti alterazioni parafisiologiche predisponenti, come variazioni qualitative e quantitative di collagene, specie nel colon ascendente, riduzione di neuroni nei plessi mioenterici e delle cellule gangliari di Cajal, un numero aumentato di siti di legame per endorfine plasmatiche;
3. **stipsi con disturbi di defecazione**, dovuta a un abbassamento del pavimento pelvico con ostacolo alla espulsione delle feci o a una dissinergia addomino-pelvica (anismi) con mancata coordinazione tra contrazione del torchio addominale e rilassamento anale al ponzamento; tale disfunzione può essere un disordine comportamentale acquisito, condizionato da comportamenti reiterati anche in età geriatrica, specie se viene ignorata la chiamata a defecare.

La stipsi secondaria è dovuta a patologie associate e a farmaci (Fig. 1) che agiscono sul transito colico o sulla defecazione (patologie rettali come fistole, emorroidi, prolassi) ³.

Fattori di rischio associati alla stipsi nell'anziano sono: una dieta con scarsa idratazione e povera di fibre, una masticazione scorretta per edentulia o deficit neurologici, una ridotta mobilità e/o allettamento con dipendenza dal caregiver, la ridotta privacy e fattori ambientali non appropriati, patologie anorettali (emorroidi, prolasso rettale) o ginecologiche (prolasso uterino, colpocele o isterectomia) ³.

Nel caso di pazienti con deficit neurologici è necessario monitorare i possibili sintomi atipici di un ingombro fecale come vomito, agitazione psicomotoria, scompenso cardiaco e tachiaritmia, pseudo-diarrea, che, se non riconosciuti, possono portare a conseguenze talvolta infauste.

Diagnosi

La diagnosi prevede un'accurata anamnesi sia sociale che alimentare, riportando il numero di pasti, la varietà del cibo o l'idratazione, le patologie associate e il trattamento farmacologico, un accurato esame obiettivo

generale e addominale e una esplorazione rettale (Fig. 2) ^{4,5}.

In particolare sono da valutare:

- le *caratteristiche dell'alvo*, con la tipizzazione delle feci, la frequenza evacuatoria, eventuali disturbi di defecazione (straining, tenesmo, tempo necessario per evacuare, necessità di digitazione manuale, soiling, ecc.), presenza di incontinenza fecale e/o urinaria; può essere utile (specie in presenza di decadimento cognitivo) utilizzare la scala analogica di Bristol, basata sull'aspetto delle feci, da tipo 1 (caprine, dure e difficili da espellere) a tipo 7 (acquose, senza materiale solido, interamente liquida), considerata un valido marker di transito colico.
- effettuare un'*esplorazione rettale* per definire il tono anale, la sua integrità e/o la presenza di alterazioni morfologiche (emorroidi, ragadi, masse o cancro rettale), la presenza di feci nel retto e le loro caratteristiche.

Terapia

In assenza di sintomi d'allarme (calo ponderale, proctorragia, anemia, dolori addominali, alterazioni improvvise dell'alvo, familiarità per neoplasia o malattia infiammatoria intestinale), che implicano indagini strumentali più appropriate (coloscopia, ecografia o TAC

addome ecc.), si può iniziare una terapia empirica, che deve essere personalizzata sul paziente stesso.

- Il primo passo è un trattamento non farmacologico che riguarda la dieta e lo stile di vita: importante fare una revisione dei farmaci che potrebbero dare stipsi ed eventualmente sospenderli se possibile o sostituirli con altri meno stiptizzanti.
- Molto importanti sono anche i fattori ambientali, in modo particolare la possibilità di facile accesso ai servizi igienici su chiamata, rispettando le abitudini del paziente stesso e la sua privacy.
- La defecazione non deve essere ritardata, l'orario ottimale sarebbe entro 30 minuti da un pasto, al fine di sfruttare anche il riflesso gastrocolico accentuato dopo i pasti.
- Sollecitare l'idratazione di circa 1,5 l/die (il paziente anziano spesso non percepisce lo stimolo della sete) e l'esercizio fisico adeguato.
- Valutare l'assunzione di almeno 30 g di fibra al giorno, se necessario aumentare l'intake gradualmente con fibra alimentare (frutta, verdura, vegetali, legumi) o utilizzare fibre solubili (semi di Psyllio, metilcellulosa, inulina, glucomannano ecc.), meglio tollerate in quanto meno sottoposte a fermentazione e flatulenza rispetto alle solubili, ma spesso poco

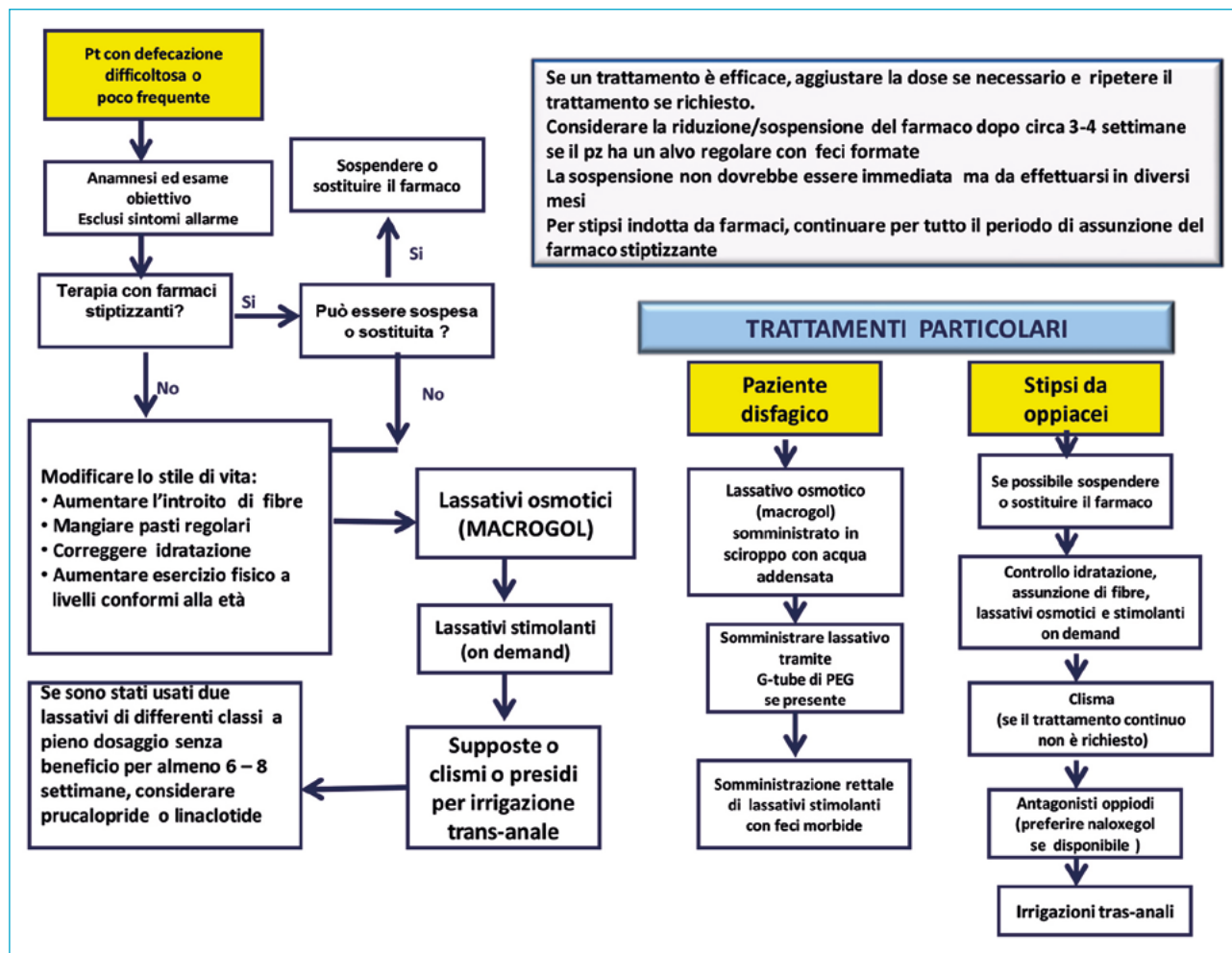
FIGURA 2.

Diagnosi di stipsi nel paziente anziano.



FIGURA 3.

Gestione della stipsi nel paziente anziano.



palatabili e con necessità di un abbondante idratazione, difficile da ottenere in età geriatrica.

Se non si ottiene una corretta evacuazione si inizia una terapia lassativa.

- **Lassativi emollienti:** docusato di sodio o olii minerali (glicerina, olio di vasellina, olio di ricino); agiscono come surfattanti anionici che facilitano l'idratazione delle feci, lubrificandole; sono in genere ben tollerati ma poco efficaci e possono causare incontinenza fecale e soiling, specie nel paziente anziano che può presentare un ipotono anale, un ridotto assorbimento di vitamine liposolubili come vitamina A, D, E, K, alcuni minerali (calcio e fosforo) e polmoniti lipidici se aspirati, specie in pazienti disfagici.
- **Lassativi osmotici:** polimeri organici

(zuccheri), iso-osmotici, non-assorbibili, con azione iperposmolare, che richiamano acqua nel lume intestinale attraverso un'attività osmotica, migliorando il transito intestinale e la consistenza delle feci. Includono:

- *macrogol* (*polyethylene glycol*, PEG), ben tollerato e sicuro, quindi la prima scelta nel paziente anziano; la dose va personalizzata, e agisce aumentando il numero di evacuazioni settimanali e la massa fecale; nei pazienti disfagici è possibile somministrare la formulazione in sciroppo addizionata ad acqua addensata;
- *disaccaridi sintetici:* sorbitolo, lattulosio, sono metabolizzati dal microbiota intestinale, con acidificazione delle feci ed effetto

probiotico; possono essere meno tollerati in quanto dal loro metabolismo si sviluppa gas con possibile meteorismo e flatulenza;

- *lassativi salini:* fosfato di sodio, solfato di magnesio, idrossido di magnesio, da usare con cautela nei pazienti anziani, specie se cardiopatici, in quanto possono provocare squilibri elettrolitici.
- **Lassativi stimolanti:** bisacodile, senna, sodio picosolfato e cascara; hanno un'azione stimolante sull'innervazione enterica e irritante sulla mucosa intestinale, aumentando l'attività secretiva e il contenuto di acqua nel lume e promuovendo quindi la motilità intestinale, ma spesso hanno effetti collaterali, come crampi, discomfort, e perdita di elettroliti; sono responsabili

della melanosì colica, tipico riscontro endoscopico in pazienti con uso cronico di questi lassativi. Non devono essere usati come prima linea ma *on demand*, eventualmente in associazione con altri lassativi.

- **Clismi e supposte:** sono ampiamente usati quando la defecazione rimane difficoltosa; sono quindi indicati nei pazienti con stipsi espulsiva e utilizzati nell'ambito di un programma comportamentale, per aiutare l'evacuazione rettale e prevenire l'ingombro fecale.

Nonostante un'ampia scelta di lassativi a disposizione, si stima che circa la metà dei pazienti non sono soddisfatti dalla terapia utilizzata; sono quindi entrati in commercio nuovi farmaci considerati di secondo livello⁴.

- **Lassativi procinetici:** come la prucalopride, agonista con alta affinità del recettore 5-HT₄ della serotonina presente sulla mucosa intestinale, attiva i circuiti neuronali e la peristalsi, migliora i sintomi anorettali e addominali come distensione e *bloating*, ha una buona

tollerabilità a livello cardiologico, non alterando l'intervallo QT (riportato da pazienti in trattamento con cisapride) o coliti ischemiche (come per il tegaserod) e ha una alta bioviabilità.

- **Lassativi segretagoghi:** linaclotide, agonista del recettore della guanilato ciclasi, aumenta la secrezione di cloro bicarbonato e acqua nel lume intestinale, attiva la peristalsi accelerando il transito intestinale e riduce il dolore addominale interagendo con il sistema nervoso enterico nocicettivo (più specifico per la sindrome del colon irritabile).

In caso di stipsi refrattaria, potrebbe essere utile effettuare *test funzionali come il tempo di transito intestinale*, che misura la velocità con cui i residui fecali si muovono nell'intestino monitorando la progressione di materiale radioopaco somministrato per bocca, e la *manometria anorettale*, che registra le pressioni e i volumi anorettali a riposo e durante la simulazione di una defecazione e di una ritenzione di bolo fecale; tali test permettono di porre diagnosi di stipsi da

rallentato transito e/o stipsi dissinergica e/o incontinenza fecale, e quindi di ottimizzare il trattamento con farmaci di secondo livello o con un programma di riabilitazione del pavimento pelvico tramite *biofeedback* per i pazienti in grado di collaborare^{2,4}.

Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara nessun conflitto di interesse.

Bibliografia

- 1 Brandt LJ, Prather CM, Quiley EM, et al. *Systematic review on the management of Chronic Constipation in North America*. Am J Gastroenterol 2005;100(Suppl 1):S5-12.
- 2 Bharucha AE, Arnold WA. *Chronic constipation*. Mayo Clin Proc 2019;94:2340-57.
- 3 Rao SSC, Go JT. *Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options*. Clin Interv Aging 2010;5:163-71.
- 4 Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. *American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation*. Gastroenterology 2013;144:218-38.
- 5 Emmanuel A, Mattace-Raso F, Neri MC, et al. *Constipation in older people: a consensus statement*. Int J Clin Pract. 2017;71(1).